

 KV SAARLAND <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	Antrag auf Eintragung in das Arztregister für Psychotherapeuten des Zulassungsbezirks der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland	Bereich Sicherstellung
		Stand 22.03.2016
		QM-Nr. II.08.2.1
		Seite 1 von 4

Name..... Vorname.....

bitte in Großbuchstaben ausfüllen

Diesem Antrag sind gemäß § 4 Ärzte-ZV folgende Unterlagen **im Original** oder ausnahmsweise als **amtlich beglaubigte** Fotokopien (Stadt, Gemeinde oder Notar) beizufügen:

		Für interne Vermerke
<input type="checkbox"/>	Geburtsurkunde	
<input type="checkbox"/>	Heiratsurkunde bei Änderung des Familiennamens	
<input type="checkbox"/>	Zeugnis Hochschulabschluss <u>und</u> Diplomurkunde	
<input type="checkbox"/>	Zeugnis über die staatliche Prüfung, ggf. Fachkundenachweis nach § 95 SGB V	
<input type="checkbox"/>	Approbationsurkunde nach §§ 2 oder 12 PsychThG	
<input type="checkbox"/>	Promotionsurkunde	
<input type="checkbox"/>	Bescheinigungen bzw. Zeugnisse über die bisherige <u>nicht selbständige</u> psychotherapeutische Tätigkeit nach bestandener Hochschulprüfung	
<input type="checkbox"/>	Antragsgebühr gemäß § 46 Abs. 1a Ärzte-ZV in Höhe von € 100,-- (zu entrichten auf eines der u. a. Konten)	

Vorgelegte Originalunterlagen werden nach erfolgter Eintragung zurückgegeben.

~~~~~

Ich versichere, dass die von mir in dem Antrag gemachten Angaben mit den beigefügten Unterlagen übereinstimmen.

Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

| Bank 1 Saar                   | Commerz-Bank AG                | Dt. Apotheker- u. Ärztebank    | Sparkasse Saarbrücken          |
|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| IBAN<br>DE2759190000000852007 | IBAN<br>DE73590400000539828400 | IBAN<br>DE33300606010101068520 | IBAN<br>DE24590501010000560540 |
| BIC SABADE55                  | BIC COBADEFF590                | BIC DAAEDEDXXX                 | BIC SAKSDE55XXX                |

|                                                      |                                                                     |            |      |
|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------|------|
| <b>Familienname</b><br>(bei Heirat auch Geburtsname) |                                                                     |            |      |
| <b>Titel</b>                                         |                                                                     |            |      |
| <b>Vornamen</b>                                      |                                                                     |            |      |
| <b>Geburtsdaten</b>                                  |                                                                     |            |      |
|                                                      | Geburtstag                                                          | Geburtsort | Land |
| <b>Geschlecht</b>                                    | männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> |            |      |
| <b>Staatsangehörigkeit</b>                           |                                                                     |            |      |
|                                                      | Staat                                                               |            | seit |
| <b>Wohnort</b>                                       |                                                                     |            |      |
|                                                      | PLZ                                                                 | Ort        |      |
| <b>Straße, Nr.</b>                                   |                                                                     |            |      |
| <b>Telefon</b>                                       |                                                                     |            |      |
|                                                      | Vorwahl                                                             | Rufnummer  |      |
| <b>E-Mail</b>                                        |                                                                     |            |      |

|                              |                                                                                                                                                  |       |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <b>Hochschulabschluss</b>    |                                                                                                                                                  |       |
|                              | am                                                                                                                                               | in    |
| <b>Richtlinien-Verfahren</b> | <input type="checkbox"/> verhaltenstherapeutisch<br><input type="checkbox"/> tiefenpsychologisch fundiert<br><input type="checkbox"/> analytisch |       |
| <b>Approbation</b>           |                                                                                                                                                  |       |
|                              | am                                                                                                                                               | durch |
| <b>Promotion</b>             |                                                                                                                                                  |       |
|                              | am                                                                                                                                               | durch |

**Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragspsychotherapeut niederzulassen?**

ja  nein

**Falls ja, voraussichtlich**

wann

wo

|                                                                                                         |                             |                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Fremdsprache(n)</b><br>(in der Sie ausreichende Kenntnisse besitzen, um eine Therapie durchzuführen) | Sprache:                    |                               |
|                                                                                                         | Sprache:                    |                               |
|                                                                                                         | Sprache:                    |                               |
| <b>Kann eine Therapie in Gebärdensprache durchgeführt werden?</b>                                       | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

|                                                      |                             |                               |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Bestand bereits eine</b>                          |                             |                               |
| <b>Zulassung als Psychotherapeut?</b>                | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Ermächtigung als Krankenhaus-Psychotherapeut?</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja:</b>                                     |                             |                               |
|                                                      | von                         | bis                           |
| <b>Grund für die Beendigung:</b>                     |                             |                               |
| <b>Registerführende Stelle:</b>                      |                             |                               |

|                                                                       |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja, von welcher Stelle:</b>                                  |                             |                               |
| <b>Für welchen Zeitraum?</b>                                          |                             |                               |
| <b>Grund:</b>                                                         |                             |                               |

|                                        |                             |                               |
|----------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Hat Ihre Approbation geruht?</b>    | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja, für welchen Zeitraum?</b> |                             |                               |
| <b>Grund:</b>                          |                             |                               |

|                                                                                                                                   |                             |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| <b>Ist Ihnen die Berufsausübung als Psychotherapeut auf Grund gesetzlicher Bestimmungen zu irgendeiner Zeit untersagt worden?</b> | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <b>Falls ja, von welcher Stelle:</b>                                                                                              |                             |                               |
| <b>Für welchen Zeitraum?</b>                                                                                                      |                             |                               |
| <b>Grund:</b>                                                                                                                     |                             |                               |

**AUFSTELLUNG****über die psychotherapeutische Tätigkeit seit dem Hochschulstudium  
in lückenloser und zeitlicher Reihenfolge (bitte Nachweise beifügen)**

| von ... | bis ... | Dienststelle / Ort | Abteilung | Tätigkeit / Stellung |
|---------|---------|--------------------|-----------|----------------------|
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |
|         |         |                    |           |                      |

**Datenschutz**

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage des § 285 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung für Ärzte über die Führung eines Arztregisters erhoben. Das Arztregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften. Über Eintragungen und Löschungen erfolgt eine schriftliche Mitteilung.